



# SOLICITUD DE ATENCION

ART N° 039-6 - CUIT 30-68627333-0

## EMPLEADOR

Razón social	Nº de Póliza	Nº Exp.
CUIT	Domicilio	
Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el cual ha sufrido un accidente el día		
a las	horas mientras prestaba sus servicios para este empleador.	

## TRABAJADOR

Apellido y nombre	CUIL
Doc. Tipo y N°	
Puesto de trabajo al momento del siniestro	

## ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente	CP	
Domicilio		
Localidad	Provincia	País
Forma en que se produjo		
Agente causante		

Firma y sello del empleador

PRESTADOR